BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XX — SETEMBRO DE 1958 — N.º 3

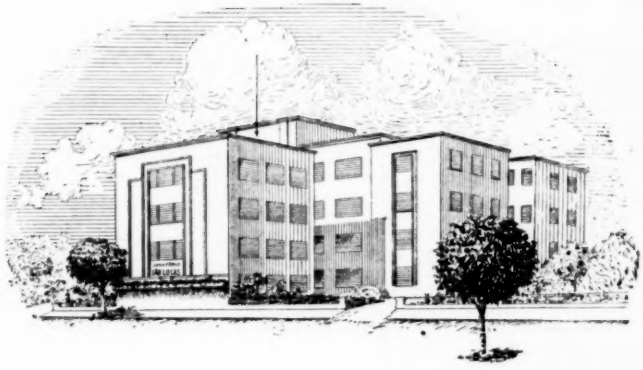
Sumário:

Pág.

Dr. Paulo R. C. Rebocho (Homenagem Póstuma) — Dr. Adhemar Nobre 35

Mioma ou gravidez? — Dr. Eurico Branco Ribeiro 43

Oclusão intestinal posoperatória por conteúdo alimentar — Dr. Eurico Branco Ribeiro 46



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de

"ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

✦

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA — Exercício 1958/1959

Presidente
DR. ADHEMAR NOBRE

Vice-Presidente
DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

Primeiro Secretário
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário
DR. WALDEMAR MACHADO

Primeiro Tesoureiro
DR. NELSON CAMPANILE

Segundo Tesoureiro
DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

Bibliotecário
DR. ROBERTO DELUCA

Conselho consultivo:
DR. ENRICO RICCO
DR. LUÍS BRANCO RIBEIRO
DR. MOACYR BOSCARDIN
DR. FERDINANDO COSTA
DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XX | SETEMBRO DE 1958 | N.º 3

Dr. Paulo R. C. Rebocho(*)

(Homenagem Póstuma)

Dr. Adhemar Nobre
(Diretor do Departamento Médico do Sanatório São Lucas)

Por motivos naturalmente superiores a sua vontade, deixou de comparecer à nossa reunião de hoje o coléga Nelson Campanile que deveria traduzir todo o nosso sentimento de dôr e de saudade pelo falecimento do Dr. Paulo Rebocho. Não posso entretanto iniciar a nossa sessão científica sem prestar uma singela homenagem póstuma à memória daquêle saudoso colega que era o presidente da nossa associação, presidência que, infelizmente para a Sociedade, não chegou a exercer, pela gravidade da doença que o vitimou.

Paulo Roberto Cardoso Rebocho, em plena pujança de cérebro e atividade, nesses 39 anos moços em que os ótimos como êle, se expandem na luxúria das mais ricas produções e mais ainda prometem, deixou-nos, levado pelos desígnios divinos que não compreendemos mas que abriram, neste círculo de cooperadores do progresso e do renome dêste Sanatório, um claro que não se preencherá.

Apaixonado da profissão, estudioso incansável, culminou nesta casa como um dos mais aptos na especialidade a que se dedicou, aliando ao grande conhecimento da mesma uma impecável linha de ética profissional, tornando-se destarte querido e admirado por todos os colégas. Mas, não era só o seu perfil de hábil profissional que para nós, seus amigos, constituia um forte motivo de admiração e respeito. Eram sobretudo as suas excelsas qualidades morais, traços bem característicos da sua individualidade. O que foi o nosso colega e amigo desnecessário se torna relembrar pois ficarão para o resto dos nossos dias fortemente impressionados na nossa memória, sua atitude franca e cavalheiresca, seu trato lhano e afável que rápidamente se assenhoreavam de nossa amizade e nos faziam cativos da sua bondade; não precisarei detalhadamente relembrar o que valeu

(*) Palavras proferidas na reunião de 16-7-1958 da Sociedade Médica São Lucas.

como coléga. Seu passado sem mácula, sua brilhante fé de ofício, a alta envergadura desse homem que honrou a classe, valem infinitamente mais que a melhor tessitura do mais harmonioso discurso. Eis porque a S. Médica S. Lucas prestando hoje esta homenagem póstuma e mui merecida a Paulo Rebocho fá-lo conscia de que cumpre um nobilitante dever para com um dos seus conspícuos associados. À sua memória a mais funda das nossas saudades. Lançando hoje em ata um voto de profundo e sentido pesar, a S. M.

Dr. Paulo R. C. Rebocho

S. Lucas rende uma singela homenagem à sua memória, sem solenidade, mas de maneira profundamente sincera e sentida, com essa sinceridade e êsse sentimento que só os verdadeiros amigos possuem, que só os verdadeiros amigos compreendem. Evoquemos, contristados a figura simpática e bondosa daquele bom amigo que há pouco partiu para o além e, de pé, eu vos peço, por um minuto apenas, em religioso silêncio, elevemos o nosso pensamento à memória saudosa de Paulo Rebocho, o grande amigo, o bom coléga que era o presdiente da nossa Sociedade Médica.

Curriculum Vitae do Dr. Paulo Roberto Cardoso Rebocho

I

ATIVIDADE PROFISSIONAL E MÉDICO-SOCIAL

Paulo Roberto Cardoso Rebocho, filho legítimo de José Anastácio Ramalho Cardoso Pinto Rebocho e de Nair Simões Cardoso Rebocho, nasceu em São Paulo, Capital do Estado de São Paulo, a 4 de junho de 1919.

Fêz uma parte do Curso Primário no Colégio Arquidiocesano de São Paulo, concluindo-o no Grupo Escolar de S. João da Boa vista, Estado de São Paulo (1930). Todo o Curso Secundário foi feito no Colégio Arquidiocesano de São Paulo, completando-o em 1935. Em 1936 matriculou-se no Curso Complementar (Pré-Médico) do Colégio São Bento, concluindo-o em 1937. Em 1938 prestou exame vestibular na Escola Paulista de Medicina.

Em 1940 exerceu, na Escola Paulista de Medicina, as funções de *Monitor de Fisiologia e Monitor de Farmacologia,* a convite dos respectivos Catedráticos, Professores Dr. Paulo Galvão e Dr. J. Ribeiro do Vale.

Em 1941 transferiu-se para a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Durante os anos de 1942 a 1943 exerceu, na 14.ª Cadeira — Medicina Geral e Patologia Médica — Serviço do Prof. Dr. Ovídio Pires de Campos, as funções de *Interno.*

Concluiu o Curso Médico na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1943.

Durante os anos de 1944 e 1945 exerceu, na Cadeira acima referida, as funções de *Assistente voluntário* e, na 3.ª Enfermaria de Homens da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, as funções de *Adjunto voluntário.*

Em 1946 foi nomeado *Assistente extraordinário da 14.ª Cadeira* — Medicina Geral e Patologia Médica — da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2.ª Clínica Médica) e *Médico-adjunto-efetivo da secção de Medicina* do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Em 1948 foi indicado pelo Professor Catedrático, Dr. Ovídio Pires de Campos — 2.ª Clínica Médica — para o cargo de *Médico-*

auxiliar do Hospital das Clínicas. Após a aposentadoria do Professor acima citado, continuou na mesma Cadeira, regida pelo Professor-Interino, Dr. Armando Valente, com as mesmas funções.

Em agôsto de 1950 assumiu a Cátedra da 14.ª Cadeira — Medicina Geral e Patologia Médica — 2.ª Clínica Médica — o Professor Dr. Luiz V. Dècourt.

Permaneceu na mesma Cadeira na qualidade de *Assistente voluntário* e de *Médico auxiliar* do Hospital das Clínicas. Daquela função estêve afastado no 1.º semestre de 1952, por motivos de doença, reassumindo-a em Junho daquele ano, licenciando-se da mesma em 15-3-1953.

Desde 1948 é o *encarregado da parte de clínica médica,* da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Prof. Dr. Cyro de Rezende.

Desde 1947 exerceu as funções de *Clínico geral* da Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários da S.P. Railway (atualmente CAPFESP). Naquela entidade organizou uma série de Regimens Alimentares e em 1953 fêz um Estudo sôbre a Padronização de Drogas a serem empregadas na Farmácia daquela Caixa, trabalho que mereceu da Presidência um voto de louvor, em sua Folha de Serviço. Durante vários períodos, nos anos de 1948-1952, exerceu as funções de *Cardiologista.*

Em 1952 apresentou o seu "curriculum" à Associação Paulista de Medicina, recebendo o título de *Especialista em cardiologia,* por aquela Associação.

Em 1955 foi designado Professor de Clínica Médica da Escola de Enfermagem Santa Catarina — Curso Superior — (oficializada) e, nesta qualidade, organizou e foi o *Chefe do serviço de clínica* da mesma Escola, durante os anos de 1955, 1956 e 1957. Em 1956 foi Paraninfo da 3.ª Turma da Escola de Auxiliares de Enfermeira Sta. Catarina.

Em 1957 foi eleito Vice-Presidente da Sociedade Médica São Lucas.

Procurando desenvolver os seus conhecimentos, fêz os seguintes cursos :

CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO :

1) *Curso de Patologia e Terapêutica cardíaca* (1947)
3) *Curso de Cardiologia* (1950)
4) *Curso de Eletrocardiografia Superior* (1945) administrado pelo Prof. Enrique Cabrera, do Instituto de Cardiologia do México.
5) *Curso de Eletrocardiografia Superior* (1956), ministrado pelo Prof. Sodi Palhares, (1955).
6) *Curso sôbre Circulação Central.*
7) *Curso de Endocrinologia* (da Acad. Medicina de São Paulo) 1955.
8) *Curso de Medicina Militar* (1944), tendo sido nomeado 2.º Tenente R/2 do Corpo de Saúde.

Tem *colaborado numa série de Revistas,* como "O Hospital", "Revista de Medicina", "Revista do Hospital das Clínicas", "Revista Paulista de Medicina", "Revista Brasileira de Medicina", "Arquivos Brasileiros de Cardiologia" e em outras, nacionais e estrangeiras, que transcreveram o resumo de seus trabalhos originais.

Tomou parte, *através de trabalhos enviados,* no Segundo Congresso Médico Paulista (1945), na Segunda Reunião Brasileira de Cardiologia (Rio de Janeiro – 1945), na Quarta Reunião Brasileira de Cardiologia (Salvador, 1947) e na Nona Reunião Brasileira de Cardiologia (Curitiba – 1952), trabalhos êstes citados na parte referente às atividades científicas do Autor, Jornadas Brasileiras de Oftalmologia – Salvador – 1955; Congresso Brasileiro de Oftalmologia – Cambuquira (1956) e Segundo Congresso Médico da Sociedade Sta. Catarina de Medicina – Florianópolis (1957).

Pertenceu às seguintes Sociedades Médicas :

Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina – 1954.

Sociedade Brasileira de Cardiologia – 1946.

Associação Paulista de Medicina – 1944.

Sociedade Médica São Lucas – Vice-Presidente em 1957 e Presidente em 1958.

Sindicato Médico de São Paulo.

II

ATIVIDADE DIDÁTICA

Sua atividade didática estêve, durante longos anos ligada à 14.ª Cadeira – Medicina Geral e Patologia Médica (2.ª Clínica Médica) – da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Desde 1944, quer como *assistente voluntário* quer como *assistente extranumerário* colaborava nas Aulas Práticas do Curso Oficial da Cadeira. A êste respeito, disse o Prof. Dr. Ovídio Pires de Campos ao deixar a Cátedra em 1948 : "... os meus agradecimentos pelo muito que fizeram em prol da eficiência do ensino, sobretudo da instrução prática dos alunos, que tomaram inteiramente a ombros" (*in* Memoriam – Ovídio Pires de Campos – São Paulo – 1951, pg. 128).

Em 1949 passou a Chefe de Grupo da Enfermaria da 2.ª Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Hospital das Clínicas – e foi encarregado de ministrar Aulas Práticas no Curso Oficial da Cadeira.

Durante o período de Agôsto de 1950 a Março de 1953 exerceu as funções de *assistente voluntário e médico auxiliar* daquela mesma Cadeira, já sob a orientação de seu novo patrono, Prof. Dr. Luiz

V. Dècourt, tendo ficado a seu cargo sub-turmas de Alunos, para as Aulas Práticas.

Em Julho de 1952 colaborou no *Curso de Nefropatias Médicas*, patrocinado pelo Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, como Professor do mesmo.

Durante o período de 5-2-53 e 21-2-53, ministrou um *Curso de Propedêutica Física do Abdômen*, destinado principalmente a alunos do 3.º e 4.º ano médico e que constou de 11 aulas Teórico-Práticas que se realizaram na 2.ª Clínica Médica (Prof. Dr. Luiz V. Dècourt).

Colaborou no *Curso de Propedêutica Cárdio-Respiratória*, que se realizou no período de 23-2-53 a 3-3-53, ministrando Aulas Práticas (Ap. Circulatório) e uma Aula Teórica.

A partir de 1935 exerceu as funções de *Professor de Clínica Médica* da Escola de Enfermagem Sta. Catarina (Curso Superior), estando a seu cargo as aulas teóricas e práticas do Curso.

No Curso de Clínica Oftalmológica, patrocinado pela Associação Paulista de Médicina, sob a orientação do Prof. Cyro de Rezende, deu 2 aulas, cujos temas se intitulavam:

Aparelho Cardiovascular e Ôlho
Alergia e Oftalmologia

Realizou no Seminário Oftalmológico "Prof. J. Brito" da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, as seguintes palestras:

1) *Valor do exame do fundo de ólho na hipertensão arterial* (20-12-50).
2) *Alergia e ólho; introdução ao seu estudo* (27-12-50).
3) *Considerações em tôrno de novos aspectos da retinopatia diabética.* (Janeiro, 1953).

Na Sociedade de Oftalmologia de São Paulo apresentou os seguintes trabalhos:

1) *Estudo crítico das várias classificações oftalmoscópicas da hipertensão arterial.* (Em colaboração com o Prof. Dr. Cyro de Rezende, em 26-6-1947).
2) *Considerações em tôrno de novos aspectos da retinopatia diabética* (5-2-53).

Na Sociedade Médica São Lucas apresentou as seguintes palestras:

1) *Parada cardíaca em cirurgia* (21-3-55).
2) *Diabetes e vasos* (5-9-55).
3) *Coma hepático* (24-7-56).
4) *Considerações sôbre o II Congresso Médico da Associação Catarinense de Medicina* (25-6-57).

Na Associação Paulista de Medicina apresentou os seguintes trabalhos :

1) *Obstrução progressiva da veia cava superior, submetida à intervenção cirúrgica* (21-XI-56).

2) *Aspectos da cirurgia gastro-intestinal no paciente idoso — Análise de 253 casos operados na década* 1947-1956. (10-VI-57).

III

ATIVIDADE CIENTÍFICA

I — *O digalene na insuficiência cardíaca congestiva* — (Em colaboração) Publicado no "Hospital", 24:721, 1943.

II — *Arteriosclerose coronária. Contribuição para o seu estudo clínico.* (Em colaboração) Publicado na "Revista Brasileira de Medicina", 1:920, 1944.

III — *Fármaco-dinâmica da circulação coronária* — Publicado na "Revista de Medicina", 28:493, 1944.

IV — *Ação circulatória imediata da teofilina-etilenodiamina* — (Em colaboração). Apresentado no Segundo Congresso Médico Paulista, em 7-6-45 e publicado nos "Anais" do mesmo, bem como em "O Hospital", 26:843, 1945.

V — *O fundo de ólho na hipertensão arterial* — (Em colaboração) "O Hospital", 27:57, 1945.

VI — *Ação circulatória imediata da coramina na insuficiência cardíaca* — (Em colaboração). Trabalho apresentado na Segunda Reunião Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro, 1945. Publicado na "Revista Brasileira de Medicina", 3:274, 1946.

VII — *Ação circulatória imediata da teofilina-etilenodiamina e da coramina nos cardíacos — Estudo comparativo experimental.* — Revista de Medicina, 29:329, 1945.

VIII — *Estudo crítico das várias classificações oftalmológicas da hipertensão arterial. Sistematização das lesões do fundo do ôlho.* (Em colaboração). Trabalho apresentado na Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, 16-6-47. Publicado na "Revista do Hospital das Clínicas", 2:258, 1947.

IX — *Restrição de sal com livre ingestão de líquidos no tratamento da insuficiência cardíaca congestiva.* "O Hospital", 32:447i 1947.

X — *Ação circulatória imediata da lanatoside C na insuficiência cardíaca congestiva* — (Em colaboração). Apresentado na Quarta Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Cardiologia (Salvador ,1947) e publicado nos "Arquivos Brasileiros de Cardiologia", 2:45, 1949.

XI — *Cardiopatia crônica chagásica* — Em colaboração — Apresentado à Associação Paulista de Medicina (Secção de Medicina) em 9-3-1950. Publicado na "Revista Paulista de Medicina", 36:273, 1950.

XII — *O aparelho cárdio-vascular na artrite reumatóide* (Em colaboração). Apresentado na Nona Reunião Brasileira de Cardiologia — Curitiba e publicado na "Revista do Hospital das Clínicas", 8:181, 1953.

XIII — *A significação clínica da retinopatia na síndrome vascular do diabete* — Em colaboração — Apresentado nas Jornadas Brasileiras de Oftalmologia — Salvador (1935) e publicado na "Revista do Hospital dos Clínicas", 9:83-91, 1956.

XIV — *Do pré-operatório — Symposium da catarata senil* — Em colaboração — Trabalho apresentado no Nono Congresso Brasileiro de Oftalmologia Cambuquira, 1956 e publicado na "Revista do Hospital das Clínicas", 11:1-13, 1956.

XV — *Do post-operatório — Symposium da catarata senil* — Em colaboração — Trabalho apresentado ao Nono Congresso Brasileiro de Oftalmologia Cambuquira, 1956 e publicado na "Revista Brasileira de Medicina", 11:52-60, 1956.

XVI — *Obstrução da veia cava superior — Apresentação de um caso operado* — Em colaboração — Trabalho apresentado na A.P.M. (21-XI-56) e no Segundo Congresso da Associação Catarinense de Medicina (Florianópolis, 1957 e publicado na "Revista Paulista de Medicina" — 1957).

XVII — *Aspecto da cirurgia gastro-intestinal no paciente idoso* — Análise de 253 casos operados na década 1947-1956 — Em colaboração — Trabalho apresentado no Segundo Congresso da Associação Catarinense de Medicina (Florianópolis, 1957), na A.P.M. (10-VI-1957) e Sociedade Médica São Lucas (15-6-57), e publicado na "Revista Paulista de Medicina", 1957.

XVIII — *Síndrome vascular do diabete* — A publicar no "O Hospital".

XIX — *Ecolid*..... a publicar.

XX — *Terrenos baldios do Distrito do Jardim América* — Arquivo do Instituto de Higiene de São Paulo, 1942.

Prestou ainda ajuda prática e técnica no estudo do *emprego terapêutico da lanatoside C*, conforme agradecimento do Autor, Dr. Reinaldo Chiaverini, publicado no "O Hospital", 34:405, 1948.

Realizou a observação clínica no paciente que apresentava *Escrita ao espelho*, conforme consta da publicação do Prof. Cyro de Rezende, nos "Arquivos Brasileiros de Oftalmologia", vol. 10, n.º 1 e 2, 1947.

Realizou a observação clínica do caso de *"Exostose crâneo-facial de Cruzou"*, estudado pelos Drs. Egle R. Atadia e Raphael Tiggler, conforme consta da publicação da "Revista do Hospital das Clínicas".

Mioma ou gravidez? (*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro
(Diretor do Sanatório São Lucas)

Na prática cirúrgica há momentos bastante angustiosos para o cirurgião. Entre êles devemos citar aquêles momentos que nos impõem uma decisão pronta em frente a um tumor uterino catalogado como um fibroma, ou mais pròpriamente mioma uterino, quando o aspecto do órgão semelha ao de um útero grávido. Sem dúvida que é difícil, às vêzes, se conseguir dizer se o útero está grávido ou se se trata de um mioma mole.

Tivemos essa emergência por várias vêzes. Recordamo-nos de que, certa vez, na Beneficência Portuguêsa, fizemos uma histerectomia subtotal em um útero grávido diante de um diagnóstico completamente errado. Todos podem avaliar o desaponto que um ato dêsses pode causar ao cirurgião.

Tivemos aqui no Sanatório São Lucas outro caso que também viera catalogado como sendo de mioma, com todos os sinais clínicos seguramente apurados, inclusive o do teste urinário de gravidez. Mas no ato cirúrgico a semelhança com um útero grávido era de tal sorte evidente que resolvemos fechar o abdome sem a retirada do útero. Quatro meses depois o tumor progredia e a doente foi reinternada. Fizemos então a histerectomia subtotal, encontrando um fibroma mole.

Também tivemos essa dificuldade de diagnóstico numa doente internada no hospital da Cruz Azul. Tratava-se também de um mioma mole e tivemos grandes dúvidas na hora da intervenção sôbre se devíamos ou não fazer a histerectomia. Foi feita a extirpação do útero e realmente se tratava de um fibroma mole edematoso semelhando perfeitamente um útero grávido.

Recentemente tivemos aqui no Sanatório São Lucas outro caso de falso mioma, que também nos desagradou sobremodo. Tratava-se de uma doente com 4 partos normais e um abôrto provocado. Apresentava queixa velha de pêso na vagina e tinha polimicções com 3 a 4 nicturias. Palpava-se um tumor no hipogástrio mais ou

(*) Revisão de casos feita na reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 13/12/1956.

menos endurecido ou contraído. Tivera tido metrorragias e fizera curetage por 3 vêzes, a última a três anos, e desde então não tivera mais regras. Era portadora de uma cistocele e o diagnóstico foi de um mioma uterino, apresentando-se o útero 4 vêzes maior que o de um útero normal. Neste caso, estando a paciente com 3 anos de amenorréia, não se pensou em eliminar o diagnóstico de gravidez pelo exame da urina. Foi feita uma incisão infraumbilical, encontrando-se uma sigmóide volumosa e distendida, útero volumoso de 12 cm de diâmetro, com um pequeno nódulo miomatoso do lado esquerdo. Apêndice isento de aderências. Ovários atrofiados, com pequena ciste do lado esquerdo, que foi retirada. Sutura no ovário, transfixão, ligadura e secção dos mesos do lado esquerdo, conservando ovário e trompa. Secção do ligamento redondo do lado esquerdo. Libertação do útero do lado direito, seccionando os mesos sob ligadura prévia. Ligadura por transfixão das artérias uterinas. Secção do istmo e remoção do útero. Sutura do côto uterino e peritonização da cavidade pélvica. Retirada do apêndice e sutura da parede. Peça cirúrgica: tratava-se de útero miomatoso com gravidez no seu interior, de mais ou menos 3 meses.

Como vêm os colegas, neste caso havia um pequeno mioma do lado esquerdo, no fundo do útero, e isso fêz acreditar que o resto do órgão se achava também comprometido por um processo miomatoso. Foi feita a histerectomia subtotal e tivemos o desagrado de verificar que êsse útero também estava grávido. Como se tratava de um processo miomatoso, possìvelmente a gravidez iria a têrmo em boas condições; logo, a operação foi completamente inadequada.

Diante dêsses fatos aqui relembrados queríamos ouvir a opinião dos nossos prezados companheiros a respeito da conduta operatória num caso em que surgisse a dúvida sôbre se um útero estaria ou não grávido.

Dr. João Sonnleithner — O dr. Marroco teve um caso em que se tinha a certeza de que se tratava dum fibroma, mas os sinais no ato operatório eram desnorteantes: um útero aparentemente são, não grávido em paciente sem amenorréia, útero entretanto que se projetava lateralmente. O operador fêz a histerectomia por mim ajudado e qual não foi a nossa surpresa quando vimos que êsse útero era grávido. Da mesma maneira eu me lembro também dum caso do dr. Eurico, que o deixou para nós tratarmos no tempo em que trabalhávamos no Sanatório Santa Catarina. O caso foi reoperado e não se tratava de gravidez, mas era um bom fibroma mole. Recentemente o dr. Ernesto teve um caso em que êle chamou todos os colegas presentes no hospital, para decidir se devia retirar ou deixar o tumor; depois de muitas opiniões, inclusive a do dr. Waldemar Machado, foi decidido tirar o tumor, já que o diagnóstico inicial era de fibroma e se tratava de moça solteira. A tática usada foi fazer-se primeiro a abertura do útero e assim se verificou que era realmente um fibroma. Embora se tenha elementos clínicos e operatórios para se tomar uma decisão, essas provas clínicas e operatórias são provas que ainda não trazem a segurança absoluta de um diagnóstico perfeito.

Dr. WALDEMAR MACHADO — A prova de pituitrina foi feita, no caso do dr. Ernesto, por via venosa, mas ela dá melhor resultado quando a injeção é aplicada intramural no miometrio. Foi feita também, o que é a prova máxima, a da punção do útero; essa prova foi feita e deu negativa. Entretanto, lá na hora da decisão quando discutimos o caso, todo o aspecto era o de um útero grávido; havia a congestão, a parede não tinha deformidade nenhuma, era um útero globoso. O aspecto em conjunto era o de gravidez de 3 meses. Entretanto, tratava-se de um fibroma mole.

Dr. PAULO BRESSAN — O dr. Sonnleithner tem que acrescentar mais um caso à sua série: um caso em que êle me ajudou. Era uma doente com mais de 40 anos, que nunca engravidara e com amenorréia. Ela viera encaminhada por um clínico que havia feito um diagnóstico de ciste de ovário. Nós abrimos essa doente e ficamos no mesmo dilema: é gravidez ou não? Foi feita a prova de pituitrina e resolveu-se fechar o abdome sem porém ter a certeza absoluta de que era gravidez. Perdi contacto com essa doente e não tive confirmação da gravidez suspeitada.

Oclusão intestinal posoperatória por conteúdo alimentar(*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro
(Diretor do Sanatório São Lucas)

Em nossa reunião de hoje, vamos apresentar um caso cuja fisionomia clínica e cuja evolução podem despertar algumas discussões entre os presentes. Trata-se de P. B. de 74 anos, casado, italiano, comerciante, residente nesta capital. A sua história é muito curta. De mais ou menos um mês para cá, êle passou a ter disfagia, que se vem acentuando, e nos últimos dias vomita para se aliviar. Neste mês, teve um emagrecimento avaliado em 12 kg; dizia que o seu pêso era de 81 kg a 1 ano e, no momento do exame, apresentava-se com 63,400 kg. Urinava bem apesar da idade, sem nicturia ou outras perturbações do aparêlho urinário. Arrotava freqüentemente, nunca tivera nem tem azia, porém tinha algumas dores no peito e já fizera um eletrocardiograma que mostrava ligeira hipertrofia ventricular esquerda, tanto que o exame radiológico assinalava 20% de aumento da área cardíaca. Sempre tivera boa saúde, nunca fumara mas bebia vinho, como todo italiano, principalmente êste que se achava no Brasil a pouco tempo, tendo vindo para cá depois da II Grande Guerra. Mostrava-se pálido, com pressão arterial 115 X 65. Ao exame somático palpava-se um empastamento à direita do epigástrio. A dosagem da uréia acusava 0,30% e um exame radiológico mostrou estenose gástrica. O exame radiológico do tórax evidenciou acentuada trama brônquico-vascular. Hemidiafragma esquerdo ligeiramente elevado, em virtude de grande bôlha de ar no estômago. Sombra cardíaca discretamente deslocada para a direita, principalmente na sua porção inferior. Diâmetros cardíacos: longitudinal 14,3 cm, transversal 14,5 cm e basal 13,4, com área frontal de 148 cm² (20% acima da cifra ideal). Aumento do índice volumétrico da aorta, com diâmetro transversal ao nível da crossa de 38 mm. Exame radiológico do esôfago, estômago e duodeno: "Quadro radiológico de gastrectasia acentuada com atonia e estase; nicho de úlcera estenosante de localização pilórica; não notamos sinais de lesões orgânicas no conduto esofagiano. As radiografias

(*) Caso apresentado à reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 3/10/1957.

estão aí e vê-se que o esôfago é normal; a disfagia talvez fôsse de origem nervosa. Verifica-se em duas radiografias do estômago uma enorme dilatação com líquido residual, formando aquela imagem irregular e granulosa, que se apresenta nas grandes retenções gástricas quando há detritos alimentares. Uma radiografia mostra nìtidamente uma escavação no antro que foi interpretada por úlcera, à qual o radiologista filiou a estenose que o doente apresentava.

Internado aqui no Sanatório São Lucas, verificamos que o paciente nada apresentava de anormal ao exame de urina; que apresentava uma anemia acentuada com 50% de hemoglobina e 3 900 000 glóbulos vermelhos. Sabemos que os indivíduos italianos são em geral muito corados. Êste se apresentava excessivamente pálido. Glóbulos brancos 6 000 e a contagem específica dêsses glóbulos não mostrou nada de extraordinário, não havendo hematozoários. Os glóbulos vermelhos estavam de aspecto normal e não havia granulações tóxicas. A reserva alcalina acusou 54,5%; sabemos que nos indivíduos estenosados a reserva alcalina de regra sobe consideràvelmente. O exame clínico feito aqui evidenciou arteriosclerose generalizada com arterioesclerose de coronária. O risco operatório foi considerado satisfatório, grau II. Conclusões do eletrocardiograma: hipertrofia ventricular e esquemia da parede anterolateral do coração.

Dados a história clínica e o exame somático, opinamos pela existência de um processo neoplásico estenosante do antro gástrico. E com êste diagnóstico o doente foi levado à mesa operatória. Foi feita uma incisão de Lennander à esquerda. Verificou-se logo a existência de um tumor do antro pilórico. O estômago se apresentava muito dilatado, com grande quantidade de líquido no seu interior. O fígado não apresentava metastases. Ao palpar, o abdomen inferior também não mostrava metástases. Estava livre o meso colon tranverso, embora ligeiramente edemaciado. Secção do grande epiploon ao longo do colon transverso. Alguns gânglios, apenas, nas proximidades do piloro. O tumor invadia ligeiramente o bulbo duodenal. Êste foi libertado com relativa facilidade. Ligadura com gase ao nível do piloro. Esmagamento do bulbo, ligadura a êsse nível, seguida de segunda ligadura transfixante com o mesmo fio. Preparo da bôlsa, Pean acima da ligadura. Secção do duodeno. Proteção do côto gástrico. Iôdo no côto duodenal, que foi invaginado em boas condições e recoberto com o epiploon. Libertação da pequena curvatura. Escapou a proteção do côto gástrico, dando vazão a substância de retenção gástrica, que a própria intubação não fizera esvaziar. Pesquisa fácil do jejuno. Colocação de Abbadie a 20 cm do ângulo duodeno-jejunal. Gastrojejunostomia término-lateral, com bôca total, antecólica. Alça longa de 20 cm prêsa à pequena curvatura do estômago em 3 planos de sutura, com catgute cromado n.º 0, montado em agulhas atraumáticas. Foi ligada uma artéria da pequena curvatura que estava sangrando. Pontos separados

de nylon, reforçando a sutura tripla da anastomose. Colocação de dreno de Penrose no hipocôndrio esquerdo, saindo pela face superior da incisão. Sutura da parede com catgute n.º 2. Sêda e agrafes na pele. Peça cirúrgica: tumor com mais ou menos 10 cm de extensão, sôbre a pequena curvatura, estendendo-se pelas faces anterior e posterior. Estômago com 38 cm ao longo da grande curvatura e 18 cm ao longo da pequena curvatura, de paredes muito espessadas principalmente no seu corpo. A lesão era estenosante e quase atingia a grande curvatura nas proximidades do piloro, onde a musculatura também se achava muito espessada. A lesão era plana, com destruição da mucosa numa área de 10 X 8 cm limitada por bordas salientes da mucosa, com passagem quase imperceptível da mucosa sã para a área tumoral. A secção do estômago foi feita a 6 cm do tumor e a do duodeno a 4 cm. À secção, o tumor apresentava aspecto lardáceo, com 2 cm de espessura, 2 fragmentos do tumor e um fragmento ao nível da secção gástrica foram enviados para exame histopatológico.

Devemos acrescentar que antes dêsse doente ter sido levado à mesa operatória, fôra submetido, no período de preparo aqui no hospital, a duas lavagens gástricas com certa dificuldade, porquanto as substâncias retidas no estômago eram fragmentos bastante volumosos de alimentos. Na mesa operatória verificamos que grande parte dessa retenção ainda se achava presente no estômago e por isso foi passada uma sonda gástrica, que também com dificuldade deu esvaziamento a uma pequena porcentagem da substância contida. E, como vemos na descrição do ato cirúrgico, houve extravazamento de um pouco dêsse conteúdo ao se mobilizar o estômago. Mas apesar de todos êsses cuidados ainda uma certa quantidade de substância retida ficou dentro do estômago quando fechamos a cavidade abdominal. Isso sem dúvida foi uma falta de técnica. Devia-se ter feito durante o ato operatório uma aspiração de todo o conteúdo gástrico para evitar o que sucedeu, nesse caso, no posoperatório: três dias depois, até então tendo passado perfeitamente bem, teve o doente um síndromo de oclusão intestinal, que nos deixou na suspeição de ter ocorrido alguma deiscência de sutura ou de alguma abertura do côto duodenal.

Entretanto, como o doente estava drenado e a drenagem apenas dava aquêle líquido seroso abdominal, a hipótese de uma deiscência de sutura foi afastada, tanto mais que tínhamos tido todos os cuidados que costumamos tomar para evitar, em casos como êsse, de indivíduos cancerosos e desnutridos, a deiscência de sutura por dificuldade de cicatrização, por hipoproteinemia. Tínhamos usado neste caso como reforço de sutura, o fio de nylon.

A hipótese de obstrução pelas substâncias contidas no estômago foi confirmada por uma grande dejecção que teve o doente, cessando então todos os fenômenos obstrutivos: houve desaparecimento da distenção e das dores abdominais que apresentava. Evacuação abundante ainda permaneceu por dois dias e depois disso nenhum outro distúrbio abdominal foi apresentado.